FICHA DE APONTAMENTO INDIVIDUAL

Empresa: FUNDO MUN DE SAÚDE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

Funcionário: Fabio Wellinson Barbosa De Farias

Função:

Horário:

Departamento:

Período: 01/08/2026 A 31/08/2026 CTPS: SÉRIE:

D/M	ENTRADA	INTERVALO	SAÍDA	ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO
01/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
02/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
03/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
04/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
05/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
06/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
07/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
08/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
09/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
10/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
11/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
12/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
13/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
14/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
15/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
16/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
17/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
18/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
19/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
20/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
21/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
22/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
23/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
24/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
25/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
26/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
27/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
28/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____
29/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	SABADO
30/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	DOMINGO
31/08	___:___	___:___as ___:___	___:___	_____

....

Assinatura do Supervisor Assinatura do Empregado